



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ  
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ & ΤΡΟΦΙΜΩΝ  
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΖΩΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ, ΕΞΑΓΩΓΩΝ &  
ΕΝΔΟΕΝΩΣΙΑΚΟΥ ΕΜΠΟΡΙΟΥ  
ΖΩΝΤΩΝ ΖΩΩΝ & ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ  
ΖΩΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

Ταχ. Δ/ση: Βερανζέρου 46, Αθήνα, 104 38  
Πληροφορίες: Μ. Φλώρος  
Τηλ.: 210 527 1659  
Fax: 210 82 52 673

Αθήνα, 06.12.2019  
Αρ. Πρωτ.: 3263/316445

**Προς:** Αποδέκτες πίνακα διανομής

**Θέμα: Υγειονομικές απαιτήσεις εισαγωγής σκύλων και γατών από την Ελλάδα στην Τουρκία**

Στην παρούσα εγκύκλιο, η οποία έχει αναρτηθεί στην επίσημη ιστοσελίδα του Υπ.Α.Α.Τ., συνοψίζονται οι υγειονομικοί όροι εισαγωγής σκύλων και γατών από την Ελλάδα στην Τουρκία, στο πλαίσιο των **μετακινήσεων μη εμπορικού χαρακτήρα**.

Τα προς εισαγωγή ζώα πρέπει:

- 1) να φέρουν ως μέσο ταυτοποίησης μόνιμο ηλεκτρονικό σύστημα αναγνώρισης (πομποδέκτης) σύμφωνα με το πρότυπο ISO 11784
- 2) να έχουν υποβληθεί σε αντιλυσσικό εμβολιασμό, εντός χρονικού διαστήματος τριάντα (-30-) ημερών έως ενός (-1-) έτους πριν την ημερομηνία πραγματοποίησης της μετακίνησης
- 3) να συνοδεύονται από έκθεση εργαστηριακού αποτελέσματος για τη δοκιμή τιτλοδότησης αντισωμάτων λύσσας, τα αποτελέσματα της οποίας πρέπει να δεικνύουν τίτλο αντισωμάτων μεγαλύτερο ή ίσο προς 0,5 IU/ml. Η εργαστηριακή δοκιμή πρέπει να γίνεται από εξουσιοδοτημένο εργαστήριο και η αιμοληψία, για τον σκοπό αυτό, να έπεται τουλάχιστον 30 ημέρες του αρχικού αντιλυσσικού εμβολιασμού
- 4) να έχουν υποβληθεί σε αντιπαρασιτική αγωγή για εχινόκοκκο και κρότωναες
- 5) να έχουν εξεταστεί από κτηνίατρο εντός 10 ημερών πριν από την ημερομηνία πραγματοποίησης της μετακίνησης
- 6) να συνοδεύονται από **κτηνιατρικό υγειονομικό πιστοποιητικό**, υπόδειγμα του οποίου παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας, στο οποίο επισυνάπτονται τα απαραίτητα δικαιολογητικά με τα στοιχεία ταυτοποίησης του ζώου και όλες τις απαραίτητες υγειονομικές πληροφορίες (εμβολιασμοί), καθώς και η έκθεση του εργαστηριακού αποτελέσματος για την ορολογική δοκιμή τιτλοδότησης αντισωμάτων λύσσας. Για τη χώρα μας, **το πιστοποιητικό αυτό υπογράφεται μόνο από επίσημο κτηνίατρο.**

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ

Χ. ΔΗΛΕ

## **ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΙΝΑΚΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

### **A. Για Ενέργεια**

1. Περιφέρειες της χώρας. Γενικές Διευθύνσεις Αγροτικής Οικονομίας και Κτηνιατρικής. Διευθύνσεις Κτηνιατρικής αυτών – Έδρες τους.
2. Περιφερειακές Ενότητες της χώρας. Διευθύνσεις Αγροτικής Οικονομίας και Κτηνιατρικής. Τμήματα Κτηνιατρικής αυτών – Έδρες τους.
3. Πανελλήνιος Κτηνιατρικός Σύλλογος.

### **B. Για κοινοποίηση**

1. Διεύθυνση Υγείας των Ζώων.
2. Σταθμοί Υγειονομικού Κτηνιατρικού Ελέγχου (ΣΥΚΕ) – Έδρες τους.
3. Δ/ση Κτηνιατρικού Κέντρου Αθηνών. Τμήμα Μοριακής Διαγνωστικής, Αφθώδη Πυρετού, Ιολογικών, Ρικετσιακών & Εξωτικών Νοσημάτων.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ / ΕΚ-2

**YOLCU BERABERİ KEDİ/ KÖPEK/ GELİNCİKLERİN TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NE TİCARİ OLMAYAN HAREKETLERİNDE ORJİN VE VETERİNER SAĞLIK SERTİFİKASI**  
**ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΓΑΤΩΝ/ ΣΚΥΛΩΝ/ ΙΚΤΙΑΩΝ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΤΟΥΡΚΙΑΣ**

Hayvanın sevk edildiği ülke/Χώρα αποστολής του ζώου: _____		
Sertifikanın seri numarası/Αριθμός αναφοράς πιστοποιητικού: _____		
<b>I. Hayvan Sahibinin/Υπεύθυνος συνοδός του ζώου</b>		
Adı/Όνομα:	Soyadı/Επώνυμο:	
Adresi/Διεύθυνση:		
Posta Kodu/Ταχυδρομικός κώδικας:	Şehir/Πόλη:	
Ülke/Χώρα:	Telefon/Τηλέφωνο:	
<b>II. Hayvanın Tanımı/Περιγραφή του ζώου</b>		
Türü/Είδος:	İrki/Φυλή:	
Cinsiyeti/Φύλο:	Renk ve İşaretler/Χρώμα & τύπος τριχώματος:	
Doğum Tarihi/Ημερομηνία γέννησης:		
<b>III. Hayvanın Kimliği/ Ταυτοποίηση του ζώου</b>		
Mikro-çip No/Αριθμός πομποδέκτη (microchip):		
Mikro-çipin Yeri/Σημείο τοποθέτησης πομποδέκτη:	Mikro-çip yapıldığı tarih/ Ημερομηνία τοποθέτησης πομποδέκτη:	
Dönme No/Αριθμός δερματοστιξίας:	Dönme yapıldığı tarih/Ημερομηνία δερματοστιξίας:	
<b>IV. Kuduz Hastalığına Karşı Aşılama/Αντιλυσσικός εμβολιασμός</b>		
Aşının adı ve Üretici/Kατασκευαστής & όνομα εμβολίου:		
Parti No/Αριθμός παρτίδας:	Aşılama Tarihi/ Ημερομηνία εμβολιασμού:	Geçerlilik Süresi/Σε ισχύ έως:
<b>V. Kuduz Hastalığında serolojik testler (talep edildiğinde)/Ορολογικός έλεγχος λύσσας (όταν απαιτείται)</b>		
Ben, .....(gün/ay/yıl) tarihinde hayvandan alınan kan örneğinde Avrupa Birliği tarafından onaylanmış bir laboratuvarıda yapılmış olan bir serolojik teste ait ve anti-kuduz antikör titresinin 0,5 IU/ml veya daha yüksek olduğunu belgeleyen resmi kayıtları gördüm./ Βεβαιώνω την ύπαρξη επίσημης καταγραφής η οποία αναφέρει ότι η δοκιμασία τιτλοδότησης αντισωμάτων λύσσας για το παραπάνω ζώο, που εκτελέστηκε σε εργαστήριο εγκεκριμένο από την Ε.Ε. σε δείγμα αίματος το οποίο συλλέχθηκε την ..... (ηη/μμ/εεεε), έδωσε αποτέλεσμα τιτλοδότησης εξουδετερωτικών αντισωμάτων του ορού ίσο ή μεγαλύτερο από 0.5 IU/ml.		

**Resmi Veteriner Hekim veya yetkili otorite tarafından yetkilendirilmiş Veteriner Hekim(yetkilendirilmiş veteriner hekim ise bir sonraki bölümde Yetkili Otorite bunu onaylamak durumundadır.)(\* ) / Επίσημος κτηνίατρος ή Εγκεκριμένος κτηνίατρος από την αρμόδια αρχή (στην τελευταία περίπτωση η αρμόδια αρχή πρέπει να επικυρώσει το πιστοποιητικό)(\* )**

Adı Soyadı/Όνοματεπώνυμο:	İMZA, TARİH & MÜHÜR/ΥΠΟΓΡΑΦΗ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ
Adres/Διεύθυνση:	

Posta kodu/Ταχ. κώδικας:	
Şehir/Πόλη:	
Ülke/Χώρα:	
Telefon/Τηλέφωνο:	
(*)Uygun olarak siliniz/Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει	
Yetkili otorite tarafından onaylama (Resmî Veteriner tarafından onaylanmış ise gerekli değil)/ Επικύρωση από την αρμόδια αρχή (Δεν απαιτείται όταν το πιστοποιητικό υπογράφεται από επίσημο κτηνίατρο)	
TARİH & MÜHÜR/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΣΦΡΑΓΙΑΔΑ:	
VI. Kene Enfestasyonu Tedavisi (talep edildiğinde) / Θεραπεία κροτώνων (όταν απαιτείται)	
Ürünün ve imalatçısının adı/ Κατασκευαστής & όνομα προϊόντος:	
Tedavinin uygulandığı tarih ve uygulama saati(gg/aa/yy+saat)/ Ημερομηνία & ώρα χορήγησης (ηη/μμ/εε + μορφή 24-ώρου)	
Veteriner Hekimin adı/Όνομα κτηνιάτρου:	
Adres/Διεύθυνση:	İMZA, TARİH & MÜHÜR/ΥΠΟΓΡΑΦΗ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΣΦΡΑΓΙΑΔΑ
Postakodu/Ταχ. κώδικας:	
Şehir/Πόλη:	
Ülke/Χώρα:	
Telefon/Τηλέφωνο:	
VII. Ekinokok ozis Tedavisi (talep edildiğinde) / Θεραπεία εχινokokκου (όταν απαιτείται)	
Ürünün ve imalatçısının adı/ Κατασκευαστής & όνομα προϊόντος:	
Tedavinin uygulandığı tarih ve uygulama saati(gg/aa/yy+saat)/ Ημερομηνία & ώρα χορήγησης (ηη/μμ/εε + μορφή 24-ώρου)	
Veteriner Hekimin adı/ Όνομα κτηνιάτρου:	
Adres/Διεύθυνση:	İMZA, TARİH & MÜHÜR/ΥΠΟΓΡΑΦΗ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΣΦΡΑΓΙΑΔΑ
Postakodu/Ταχ. Κώδικας:	
Şehir/Πόλη:	
Ülke/Χώρα:	
Telefon/Telephone :	

**Klavuz Notlar/Επεξηγηματικές Σημειώσεις:**

1. Sertifika üzerinde herhangi bir giriş yapılmadan önce hayvanın kimliği doğrulanır. / Η ταυτοποίηση του ζώου (δερματοστιξία ή πομποδέκτης) πρέπει να επιβεβαιώνεται πριν τη συμπλήρωση του πιστοποιητικού.

2. Kullanılan kuduz aşısı OIE standartlarına uygun olarak üretilen inaktive edilmiş bir aşı olmalıdır./Το αντιλυσσικό εμβόλιο πρέπει να είναι αδρανοποιημένο εμβόλιο, που παρασκευάζεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του OIE.
3. Sertifika, resmî veteriner hekimin imzalaması ya da yetkili otoritenin onayı sonrasında 4 ay süreyle, veya Bölüm IV'te belirtilen aşının geçerlilik tarihine kadar geçerlidir, en önce olan esas alınır./Το πιστοποιητικό έχει ισχύ 4 μηνών μετά την υπογραφή του από επίσημο κτηνίατρο ή την επικύρωσή του από την αρμόδια αρχή, ή έως την ημερομηνία λήξης της ισχύος του εμβολιασμού, η οποία φαίνεται στο μέρος IV, ανάλογα με το ποια ημερομηνία είναι προγενέστερη.
4. Bu sertifika beraberinde, hayvanın kimlik bilgileri, aşılama bilgileri ve serolojik test sonuçları dahil, destekleyici belgeler veya bunların onaylı kopyaları bulundurulur./Το παρόν πιστοποιητικό πρέπει να συνοδεύεται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά, ή επικυρωμένα αντίγραφα αυτών, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων ταυτοποίησης και εμβολιασμού του ζώου και του αποτελέσματος της ορολογικής εξέτασης.